

ANNÉE 1942

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR
ROUZIÉ (Simon)

Né le 19 Avril 1916, à Chinon (Indre-et-Loire)

Présentée et soutenue publiquement le **16 JUIN 1942**

SUR UN CAS DE
SPASMUS NUTANS
(Tic de Salaam avec Nystagmus)

Président de Thèse : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1942

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1942

Nom du Candidat : **ROUZIÉ.**

Prénoms : **Simon.**

(éventuellement) :

Nom de jeune fille :

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le service de la Bibliothèque)

ROUZIÉ (Simon). — Sur un cas de Spasmus Nutans (Tic de Salaam avec nystagmus). — *Paris, Lib. Le François, 1942, in-8°, 44 p.*

(*Th. méd. (Et.), Paris, 1942. N°*).

ROUZIÉ (Simon). — Sur un cas de Spasmus Nutans (Tic de Salaam avec nystagmus). — *Paris, Lib. Le François, 1942, in-8°, 44 p.*

(*Th. méd. (Et.), Paris, 1942. N°*).

ROUZIÉ (Simon). — Sur un cas de Spasmus Nutans (Tic de Salaam avec nystagmus). — *Paris, Lib. Le François, 1942, in-8°, 44 p.*

(*Th. méd. (Et.), Paris, 1942. N°*).

ROUZIÉ (Simon). — Sur un cas de Spasmus Nutans (Tic de Salaam avec nystagmus). — *Paris, Lib. Le François, 1942, in-8°, 44 p.*

(*Th. méd. (Et.), Paris, 1942. N°*).

Nom du Candidat : **ROUZIE.**

Prénoms : **Simon.**

(eventuellement) :

Nom de jeune fille :

Date de la souenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le service de la Bibliothèque)

ROUZIE (Simon). — Sur un cas de Spasme Nutans (Titre de Salazar avec nystagmus). — Paris, Lib. Le François, 1942, in-8°, 44 p.
(Th. méd. (El.), Paris, 1942, N°).

ROUZIE (Simon). — Sur un cas de Spasme Nutans (Titre de Salazar avec nystagmus). — Paris, Lib. Le François, 1942, in-8°, 44 p.
(Th. méd. (El.), Paris, 1942, N°).

ROUZIE (Simon). — Sur un cas de Spasme Nutans (Titre de Salazar avec nystagmus). — Paris, Lib. Le François, 1942, in-8°, 44 p.
(Th. méd. (El.), Paris, 1942, N°).

ROUZIE (Simon). — Sur un cas de Spasme Nutans (Titre de Salazar avec nystagmus). — Paris, Lib. Le François, 1942, in-8°, 44 p.
(Th. méd. (El.), Paris, 1942, N°).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

ROUZIÉ (Simon)

Né le 19 Avril 1916, à Chinon (Indre-et-Loire)

Présentée et soutenue publiquement le 19

SUR UN CAS DE SPASMUS NUTANS

(Tic de Salaam avec Nystagmus)

Président de Thèse : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1942

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale.....	QUÉNU.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée....	HENRI BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIRAY.
	ABRAMI.
	TIESSINGER.
	HARVIER.
	PASTEUR-VALLERY-RADOT.
Clinique médicale.....	
	CATHALA.
	ROBERT DEBRÉ.
	LAIGNEL LAVASTINE.
Hygiène et clinique de la première enfance	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies mentales et des ma-	LEMIERRE.
ladies de l'encéphale.....	MONDOR.
Clinique des maladies cutanées et syphi-	GOSSET
litiques	CADENAT.
Clinique des maladies du système nerveux	ENCRMANT.
Clinique des maladies infectieuses.....	VELTER.
	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
	PORTES.
	LEVY-SOLAL.
	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale.....	
	LEVEUF.
	LOEPER.
	LEMAITRE.
	BROCO.
	M. VILLARET.
	TROISIER.
	MATHIEU.
	DONZELOT.
	CLOVIS VINCENT.
	N...
	DOGNON.
	GIROUD.
	HAZARD.
	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.
Clinique ophtalmologique.....	
Clinique urologique	
Clinique d'accouchements.....	
Clinique gynécologique.....	
Clinique chirurgicale infantile et ortho-	
pédie	
Clinique thérapeutique médicale.....	
Clinique oto-rhino-laryncologique.....	
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	
Clinique propédeutique.....	
Clinique de la Tuberculose.....	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-	
dulte	
Clinique cardiologique	
Clinique de neuro-chirurgie	
Assistance Médico-Sociale.....	
Professeurs sans chaire.....	



II. — AGRÈGES EN EXERCICE

MM.

MM.

Pathologie chirurgicale.. AMELINE.
 Pathologie médicale..... BARIETY.
 Pathologie médicale BERNARD ETIENNE.
 Hydrologie..... BESANCON JUSTIN.
 Bactériologie..... BONNET.
 Pathologie médicale..... BOULIN.
 Pathologie médicale..... BROUET.
 Histologie BULLIARD.
 Pathologie médicale..... CACHERA.
 Anatomie CORDIER.
 Pathologie médicale COSTE.
 Urologie COUVELAIRE.
 Anatomie pathologique DELARUE.
 Pathologie médicale DELAY.
 Physique DESGREZ H.
 Médecine légale DESOILLE.
 Obstétrique DIGONNET.
 Physique DOGNON.
 Pathologie chirurgicale FEVRE.
 Pathologie chirurgicale.. FUNCK-BRENTANO
 Parasitologie GALLIARD.
 Pathologie médicale..... GARCIN.
 Anatomie pathologique.. Mlle GAUTHIER-VILLARS

Pathologie médicale..... DE GENNES.
 Pathologie médicale..... HAGUENAU.
 Obstétrique LACOMME
 Obstétrique LANTUEJOUL.
 Parasitologie LAVIER.
 Pathologie médicale LELONG.
 Pathologie expérimentale LEMAIRE.
 Pathologie médicale LENEGRE.
 Pharmacologie Mlle J. LEVY.
 Pathologie médicale MARCHAL.
 Pathologie chirurgicale MENEGAUX.
 Pathologie médicale MOLLARET.
 Pathologie médicale MOUQUIN.
 Pathologie chirurgicale . PATEL.
 Pathologie chirurgicale . PETIT-DUTAILLIS.
 Ophtalmologie RENARD.
 Physiologie RICHET.
 Pathologie chirurgicale . SENEQUE.
 Pathologie chirurgicale . SICARD.
 Pathologie médicale SOULIE.
 Obstétrique SUREAU.
 Pathologie médicale TURPIN.
 Pathologie chirurgicale . WILMOTH.

III. — AGRÈGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.
 Physiologie CHAILLEY-BERT.
 Obstétrique GUENIOT.
 Pathologie chirurgicale.. HEITZ-BOYER.
 Anatomie pathologique.. HUGUENIN.

Obstétrique LE LORIER.
 Parasitologie NEVEU-LEMAIRE.
 Obstétrique VAUDESCAL.
 Médecine légale..... PIEDELIEVRE.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.
ALAJOUANINE.
BRULÉ.
CHABROL.
CHEVALIER.
LAROCHE G.
LIAN.
MOREAU.
SEZARY.

Clinique
médicale.

MM.

BASSET.
GATELLIER.
de GAUDART
d'ALLAINES
MOULONGUET
MOURE.

Clinique
chirurgicale

MM.
SCALLE
VIGNES

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

Éducation physique.....
Radiologie clinique.....
Stomatologie
Puériculture

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.
LEDoux-LEBARD.
DECHAUME.
N...

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE, A MA GRAND-MERE

*Bien faible témoignage de
mon amour filial et de ma
reconnaissance pour tous les
sacrifices consentis.*

A MA FEMME

A MA FILLE

A MA SŒUR

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE

Professeur de clinique des maladies mentales et de l'encéphale
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le très grand
honneur d'accepter la prési-
dence de cette thèse.*

*En témoignage de notre gra-
titude et de notre respect.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUILLAUME LOUIS

Directeur de l'école de plein exercice
de médecine et de pharmacie de Tours

A MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE L'ECOLE DE MEDECINE DE TOURS

INTRODUCTION

Classé par les uns parmi les « tics », les « mauvaises habitudes » des enfants, reconnu par les autres comme résultant d'une lésion, encore mal définie, du système nerveux central, attribué par certains à une anomalie constitutionnelle, le « Spasmus Nutans » (spasme nutant) est une affection nerveuse du nourrisson ou de la première enfance, selon la définition de ZAPPERT. Toutefois, il a été observé chez l'adulte, et nous verrons que ce fait même modifie certaines des conceptions étio-pathogéniques des premiers auteurs qui l'avaient observé.

Il consiste en « des mouvements involontaires et rythmés de la tête, tantôt à type vertical, appelés mouvements d'affirmation, et confondus parfois avec le « Tic de Salaam », ou du salut (en arabe Salaam : Salut), tantôt à type transversal, ou mouvements de négation. Ces mouvements augmentent d'intensité quand l'enfant fixe un objet et, dans ce cas, s'accompagnent quelquefois d'une torsion latérale du cou. Le spasme nutant est toujours accompagné d'un nystagmus, généralement bilatéral, et exceptionnelle-

ment unilatéral. Le spasme peut être permanent ou survenir par crises. Le nystagmus peut s'établir en même temps que les oscillations de la tête ou les précéder. L'affection tend d'habitude, au bout de quelques mois, vers la guérison spontanée.

C'est WESTEN qui, le premier, en 1841, a décrit un cas de spasme nutant, sous le nom de « Secousses rythmiques de la tête accompagnant un nystagmus ». NEWNHAM, en 1849, en a observé un second cas. C'est FABER qui, en 1850, donna à ces secousses rythmiques et passagères le nom de SPASMUS NUTANS. Le nom de Tic de SALAAM fut donné par MOSINGER en 1901 à propos d'un cas dans lequel l'amplitude des salutations donnait à son petit malade l'allure des magots chinois de porcelaine à tête ballante, ou des poupées arabes à tête simplement reliée au tronc par une ficelle, pour en faire un « hochet salueur » à l'intention des petits enfants. Nous verrons plus loin quelles différences existent entre le « Tic de Salaam » vrai et le spasmus nutans.

La majorité des observations publiées jusqu'ici intéresse des jeunes enfants, avec nystagmus binauculaire dans 60 % des cas, monoculaire dans 16 % et sans nystagmus dans 24 % des cas, d'après la statistique de L. KANNER dans Child Psychiatry en 1935.

Les observations françaises sont rares, bien que certains Traités d'ophtalmologie fassent allusion, sans donner à ce syndrome son nom, à « des rythmes involontaires de la tête accompagnant le nystagmus spontané » : Ce rythme se ferait « en accompagnant »

le nystagmus, c'est-à-dire, de même sens, mais pourrait être de sens opposé, la tête saluant quand le nystagmus se porte vers le haut et inversement « comme si l'organisme recherchait une espèce de compensation au mouvement des globes oculaires par un mouvement inverse de la tête » (Magitot).

H. ROGER a présenté une fort belle observation de spasmus nutans avec nystagmus monolatéral. Nous avons eu nous-même l'occasion d'observer un cas très pur de nystagmus monolatéral accompagné de spasmus nutans chez une fillette de deux ans. Ce cas, comme presque tous ceux que nous avons pu relever dans la littérature s'est acheminé en quelques mois vers la guérison, sans laisser de traces.

Nous avons, à propos de ce cas dont nous rapportons l'observation, recherché les discussions étiopathogéniques que les cas antérieurs avaient pu soulever. Nous verrons que, bien que les connaissances actuelles en neurologie soient nettement plus parfaites que celles des premiers auteurs, il subsiste sur l'étiologie du spasmus nutans une grande inconnue. Nous nous sommes efforcé de présenter l'opinion des auteurs, objectivement, et de donner à ce propos, notre propre conception. L'absence presque totale d'autopsies de cas de spasmus nutans ne nous permet pas d'apporter ici une certitude, mais une hypothèse que l'avenir se chargera peut-être d'affirmer ou d'infirmer.

CONCEPTIONS ETIO-PATHOGENIQUES

Ainsi que nous l'indiquions, les conceptions étiopathogéniques ont été, pour le moins, éclectiques :

RAUCHNITZ, qui, à diverses reprises, avait rencontré des cas de spasmus nutans, s'intéresse surtout au nystagmus. Il propose à cette affection une étiologie pour le moins curieuse : elle frapperait uniquement les enfants des classes pauvres, vivant dans des logements obscurs. L'enfant, couché toujours de la même façon dans un taudis mal éclairé, chercherait la lumière des yeux, soit vers le haut, vers une lucarne, soit d'un côté, vers une fenêtre. La fatigue qui en résulte ferait apparaître le nystagmus, soit vertical, soit horizontal. Les secousses de la tête seraient en quelque sorte un phénomène compensateur. RAUCHNITZ invoque comme argument important en faveur de sa thèse le fait que la maladie n'apparaît guère avant le quatrième mois, ce qui est l'époque à laquelle l'enfant commence à fixer le regard.

Toutefois, RAUCHNITZ ajoutait que le long séjour pendant l'hiver dans des taudis peu éclairés provoquait en outre une diminution du sens lumineux. La

connaissance des troubles oculaires par avitaminose A sont venus donner à cette diminution du sens lumineux une explication plus scientifique. D'autre part, des observations de spasmus nutans ont pu être relevées dans des familles aisées, chez des enfants habitant des pièces vastes et bien éclairées. En outre, SCHACHTER, procédant à une révision des cas publiés, en trouve de nombreux apparus chez des enfants entre 4 et 11 ans. La statistique permet de constater une prédominance chez la fillette, sans qu'une explication puisse être fournie à ce fait.

Les explications plus ou moins organicistes ne manquent pas. MALAN affirme que cette triade symptomatique : nystagmus, oscillations de la tête, spasme de torsion, est en rapport avec des troubles labyrinthiques. Elle débute, en effet, au moment du contrôle physiologique de la part des organes vestibulaires, de la fonction de l'équilibre. Il est probable, dit-il, que le nystagmus, les oscillations de la tête et l'anomalie dans la tonicité des muscles du cou et de la nuque sont en rapport avec une excitabilité labyrinthique anormale.

Toutefois, FISCHER a procédé, sur 8 enfants atteints de spasmus nutans, à l'épreuve calorique vestibulaire, et n'a rien trouvé d'anormal. SCHUK, au contraire, examinant par cette épreuve un grand nombre d'adultes et d'enfants sains, a constaté que l'excitabilité labyrinthique est deux fois et demi plus grande chez l'adulte que chez l'enfant jusqu'à 15 mois; ce qui est justement l'époque de prédilection d'apparition du spasme.

MALAN alors, se basant sur les travaux histologiques de CAJAL sur le système nerveux, propose la théorie suivante : il est probable que le déficit fonctionnel labyrinthique dans le spasme nutant, dépend d'un retard du développement du système nerveux périphérique, et plus spécialement de la non-union parfaite anatomo-physiologique entre l'épithélioma sensoriel et les filets nerveux terminaux.

Quelques auteurs ont remarqué la coexistence d'un certain état de spasmophilie. Une petite malade de FONTEYNE avait un signe de CHVOSTEK et des spasmes de la glotte. Elle fut guérie par les rayons ultraviolets. FONTEYNE croit que dans son cas la spasmophilie et le spasmus nutans relèvent d'un même facteur : la carence solaire.

KLERCKER a observé un cas de spasmus nutans chez une enfant présentant des crises convulsives. ROGER, SEDAN et CARREGA ont rapporté l'histoire d'un petit malade qui avait eu une convulsion restée unique et peu intense, au cours d'un état fébrile, sans qu'ait persisté de signe de CHVOSTEK.

Ce même malade de ROGER présentait indubitablement une épine irritative, ainsi que nous le verrons dans son observation : une ostéomyélite du maxillaire inférieur, et une otite. Il relève cependant chez ce petit malade une inexcitabilité labyrinthique au courant d'eau chaude, ce qui serait en faveur d'un élément labyrinthique dans la pathogénie du spasmus nutans.

L'association de spasmus nutans et de nystagmus

monoculaire, bien qu'exceptionnelle, a cependant été signalée par un certain nombre d'auteurs. Pris isolément, le spasmus nutans n'est pas fréquent, et le nystagmus monoculaire est rare. On voit donc là combien l'association peut présenter d'intérêt pour tenter de jeter un peu de jour sur la nature de ces deux affections.

On connaît des cas de nystagmus monoculaire isolé chez l'adulte. Mais presque toujours on a pu observer en même temps des signes nettement appréciables du système nerveux, et, en particulier, pallidal. Chez l'enfant, au contraire du nystagmus monoculaire de l'adulte, ces signes manquent, et ce nystagmus s'atténue et guérit avec l'âge, tout comme le fait le spasmus nutans. On voit donc la parenté qui semble unir ces deux affections. Mieux, ROGER croit que le nystagmus monoculaire isolé est chez l'enfant, en quelque sorte, une forme fruste du spasmus nutans.

Or, on a pu procéder à un certain nombre d'autopsies de malades atteints de nystagmus monoculaire isolé, et on a presque toujours retrouvé des lésions du mésocéphale, du globus pallidus (MAURI a trouvé une lésion pédonculaire). On peut donc croire que le spasmus nutans serait dû à une atteinte de la même région.

Cependant, il s'agit d'une affection spontanément curable, contrairement au syndrome de « Cerebral tremor » décrit par HERMANN en 1925, qui est un tremblement congénital de la tête avec nystagmus, qui, lui, continue toute la vie. Les lésions du « tremor »

sont également des atteintes du mésocéphale, mais nettement constatées et durables.

Il faut donc croire que l'atteinte du mésocéphale, discrète et curable pourrait être attribuée à un virus neurotrope, qui ferait apparaître le syndrome, de préférence dans le jeune âge, au moment où les voies d'association labyrinthiques intracérébrales sont en voie d'élaboration. Il s'agit peut-être d'un processus irritatif, soit d'origine réflexe, soit à point de départ périphérique (otite, mastoïdite).

Nous croyons que c'est un processus irritatif qui est l'explication la plus logique du spasmus nutans, sans que toutefois il nous ait été possible dans notre cas de le mettre en relief, sans que, non plus, d'autres auteurs, à part ROGER, aient pu localiser ainsi cette épine irritative avec précision.

Quant à la localisation du nystagmus à un seul œil, au lieu de la bilatéralité habituelle dans le spasmus nutans, elle reste toujours énigmatique. ROGER pense qu'il faudrait admettre, soit une paralysie discrète périphérique de l'œil non nystagmique, soit une coordination momentanée des voies d'association binoculaire, plus fragiles dans la petite enfance que chez des organismes plus évolués.

Dans quelques cas de spasmus nutans avec nystagmus bilatéral, on a observé des signes permettant de supposer une irritation discrète de la région pédonculaire, tels que des mouvements anormaux de la main droite, une parésie discrète crurale droite, une tendance à la déviation des yeux vers la droite,

un léger strabisme interne de l'œil gauche. Il s'agirait donc bien d'une irritation passagère du mésocéphale probablement avec atteinte des voies labyrinthiques.

A propos d'un cas observé chez l'adulte, SCHACHTER, remarquant que le rachitisme infantile de son malade a laissé des traces telles qu'une grande tête avec bosses exagérées, croit que ce rachitisme aurait pu entraîner des troubles du développement du système nerveux (HULDSCHINSKY), fragilisant, ce qui semble très probable, les systèmes extrapyramidaux.

Rappelons pour mémoire que ce même auteur avait proposé une explication psychologique de ces manifestations psycho-motrices des petits enfants : ces enfants feraient les mouvements rythmiques « comme ils feraient quelque chose qui leur plairait tout spécialement. C'est un auto-bercement. Il cesse quand l'attention de l'enfant ou des besoins attirent son attention ailleurs que sur son corps ». Cette tentative d'explication nous semble faire à l'instinct de jeu de l'enfant de 4 à 6 mois une part trop grande pour qu'elle mérite d'être retenue.

Rappelons enfin qu'à propos d'un cas observé par lui chez un hérédosyphilitique de 14 mois, PLAGNIOL se demande si la syphilis peut jouer un rôle dans l'apparition du syndrome, le tic étant alors considéré comme une manifestation comitiale, et la syphilis jouant d'après MILIAN un rôle important dans l'apparition du mal comitial et de la chorée infantiles. PLAGNIOL n'a soulevé là qu'une hypothèse, sous les

plus expresses réserves, ayant lui-même observé un autre cas de Tic de Salaam chez une fillette dont les parents, bien connus de lui, au point de vue de leur santé, n'avaient jamais eu de syphilis acquise.

Nous croyons donc que l'opinion de ROGER, d'ailleurs partagée par quelques auteurs étrangers, est la plus rationnelle : Processus irritatif des voies labyrinthiques intra-cérébrales présidant à la fois aux mouvements de la tête (spasmus nutans) et du regard (Nystagmus).

SPASMUS NUTANS ET NYSTAGMUS BILATERAL

Nous avons relevé dans la littérature, parce que fort caractéristiques, deux observations, l'une chez l'enfant, l'autre chez l'adulte, de spasmus nutans avec nystagmus bilatéral, association moins rare que celle que nous rapporterons dans notre cas personnel.

H. ROGER, JEAN-SEDAN et N. CARRAGA. in. *Revue d'O. N. O.* septembre-octobre 1934.

G. Jeannine, dans les antécédents de laquelle on ne trouve rien à signaler, est née à terme, au cours d'un accouchement normal. Elle n'a jamais eu de convulsions. Elle s'est développée normalement.

A l'âge de 5 mois, la mère remarque l'apparition de secousses de flexion de la tête, qui se groupent par périodes, plusieurs fois dans la journée, à peu près tous les jours, mais qui cessent durant le sommeil, qui est très calme. En même temps, existent des secousses des yeux. Parfois, au moment de s'endormir, l'enfant exécute quelques mouvements rythmiques du tronc.

Quand nous voyons l'enfant en 1926, à l'âge de 14 mois, nous constatons des oscillations d'abaisse-

ment de la tête, qui se répètent à un rythme assez lent au nombre de 5 à 6, puis sont suivies d'une période de repos. Il y a en même temps des secousses analogues des yeux. Le membre supérieur droit est parfois le siège de quelques mouvements anormaux.

Le bébé a plutôt tendance à tenir sa tête légèrement inclinée sur le côté gauche avec déviation des yeux vers la droite, mais cette attitude est loin d'être constante. L'œil gauche est légèrement en strabisme interne.

L'enfant est nerveuse depuis l'âge de 5 à 6 mois. La vision et l'audition sont bonnes. La tête est un peu volumineuse, avec bosses frontales développées. Les fontanelles sont fermées, le cou est souple.

La marche qui a commencé à 11 mois, se fait avec élargissement assez marqué de la base de sustentation, avec tendance à la flexion du genou droit et avec retard du pied droit. Le bébé ne parle pas. L'examen de la motilité, de la réflexivité des membres est impossible chez cette enfant nerveuse.

L'état général est bon : poids 8 kilogs 570. Il n'y a pas de signe de rachitisme. Le B. W. est négatif chez la mère.

L'enfant est soumise à une médication alternée par le sedobrol et le gardénal (0,03).

D'après les renseignements donnés par la mère en 1931, les spasmes oculocéphalogyres ont cédé au bout de quelques mois et il n'y aurait aucune séquelle d'aucune sorte.

Le Professeur ROGER n'a pas, à l'époque, procédé à l'examen labyrinthique de cette enfant.

Ainsi que nous l'indiquions précédemment, tout un ensemble de signes chez cette petite malade permet de croire à une atteinte irritative discrète de la région pédonculaire : coexistence du spasmus nutans, du nystagmus bilatéral, tendance à la déviation des yeux vers la droite, petits mouvements anormaux de la main droite, parésie discrète crurale droite, strabisme interne léger de l'œil gauche, ce qui confirmerait les hypothèses pathogéniques émises à propos de ce syndrome.

SCHACHTER, in *Pédiatrie Pratique*, 15 juin 1938 (résumée).

S. F., étudiant, âgé de 23 ans, vient consulter pour un tremblement de la tête, quasi permanent, horizontal, et s'exagérant aux moindres émotions. Il se plaint également d'un tremblement des mains, qui rend difficile, incohérente, et souvent illisible son écriture, surtout quand il prend ses notes en public et se croit observé par ses collègues.

Rien d'anormal dans la constitution squelettique du tronc et des membres. La tête est, par contre, notablement grande, avec des bosses frontales accentuées, stigmates probables de rachitisme.

L'examen neurologique montre des réflexes rotuliens vifs mais égaux ; également pour les achilléens. Extension notable de la zone réflexogène pour les

stylo-radiaux. Les réflexes oculo-pupillaires sont normaux. Le cutané plantaire se fait en flexion. Pas de symptômes extra-pyramidaux.

En ce qui concerne le cervelet et l'appareil vestibulaire, nystagmus horizontal plus accentué dans le regard à gauche.

Le malade présente un tremblement fin, persistant, du « type spasme nutant » de la tête, dans le sens horizontal. Ce tremblement s'arrête quand le malade tourne sa tête dans les positions extrêmes à gauche ou à droite, ou bien quand il appuie fortement un doigt ou deux sur le menton. En même temps, il présente à l'état de repos, et aussi lors des émotions, un tremblement des mains. Pas de tremblements des membres inférieurs.

Pas d'autres signes que ces signes de la série cérébelleuse.

La parole est souvent spastique et même inintelligible. L'écriture est tremblée, mais quand il est seul chez lui elle est assez bien.

La vie sexuelle a commencé à l'âge de 17 ans, ayant eu des rapports normaux. Depuis 7 mois il s'abstient volontairement. Pas de troubles de la libido et de l'érection. Pas de troubles urinaires, sauf pendant les émotions où il devient pollakiurique.

Au point de vue psychique, il est à noter qu'il a toujours été raillé par ses amis à cause de sa timidité et de son tremblement céphalique. Il croit avoir toujours souffert de ces troubles, qui se sont cependant

aggravés depuis 6 à 7 ans. Tempérament renfermé, triste, découragé.

Il a été soumis à des traitements sédatifs divers sans aucun bénéfice. Les barbituriques n'influencent en rien ses troubles, la même chose pour les alcaloïdes de la belladone.

L'auteur fait observer que, dans ce cas, le manque total d'un épisode infectieux de tout genre dans les antécédents rend difficile l'hypothèse d'une infection encéphalitique subie au cours de la première enfance. Il croit à une fragilisation des systèmes extra-pyramidaux attribuable au rachitisme de la première enfance, qui a laissé des traces durables dans la malformation crânienne de ce malade.

Le fait que les troubles présentés par ce jeune homme sont exagérés par les émotions n'a rien d'étonnant, depuis que l'on connaît l'influence qu'exerce le système nerveux extra-pyramidal — et surtout en cas de lésions encéphalitiques — sur l'altération de la suggestibilité normale. MARINESCO a particulièrement insisté avec l'école roumaine sur cet aspect spécial de la question.

En résumé, il s'agit dans le cas de ROGER d'une irritation discrète de la région pédonculaire apparue chez une enfant à la période d'évolution de cette zone cérébrale, irritation qui disparaît avec l'achèvement de la constitution sous sa forme définitive de cette région encéphalitique. Par contre, chez le malade de SCHACHTER les troubles sont durables, la lésion étant en quelque sorte installée à la suite d'une atteinte

vraisemblablement rachitique sur les systèmes extra-pyramidaux. Ceci explique qu'il n'y ait pas lieu à amélioration ou à guérison spontanée, et l'échec de toute thérapeutique sur une atteinte définitive des centres nerveux.

SPASMUS NUTANS ET NYSTAGMUS MONOLATERAL

Ainsi que nous l'avons dit, l'association d'un spasme nutant et d'un nystagmus monoculaire, affections déjà rares en elles-mêmes et dignes d'intérêt, est encore plus exceptionnelle. On connaît les quatre cas d'ARKIN et STERLING, qui s'échelonnent chez de jeunes enfants, de 6 mois à 2 ans, et le cas de REDSLOB qui concerne un enfant de deux ans.

Voici maintenant le cas du Professeur ROGER (*loc. cit.*).

TESS. CLÉMENT, est un beau nourrisson, actuellement âgé de 10 mois et demi, pesant 9 kilogs.

Dans ses antécédents, on ne trouve aucune affection médicale importante. L'accouchement, à terme, s'est fait normalement, la croissance a été régulière. Les parents ne présentent aucune tare digne d'être signalée. Rien ne permet de soupçonner chez eux la syphilis et d'ailleurs une réaction de B. W., pratiquée dans leur sang, ainsi que dans celui de l'enfant, a été négative.

A l'âge de 4 mois, l'enfant présente de l'enflure et de la rougeur de la région paratodienne droite, avec un état subfébrile (38°). On porte le diagnostic de parotidite et on incise. Le lendemain survient une petite convulsion avec révulsion des globes oculaires, qui ne s'est pas reproduite par la suite. On s'aperçoit, quelques jours après, qu'il s'agit en réalité d'une ostéomyélite de l'angle du maxillaire inférieur, ce que confirme au bout de trois semaines l'élimination d'un petit séquestre.

La joue reste enflée et une fistule persiste. La radiographie montre une lésion destructive de l'angle de la mâchoire.

Sans qu'une complication locale se soit produite, à six mois survient une otite droite, pour laquelle on pratique une paracentèse. L'écoulement de pus est peu abondant et se tarit de suite.

Mais il s'installe une série de secousses de la tête vers la droite et un nystagmus monoculaire droit, que nous observons personnellement depuis l'âge de 9 mois.

Le nourrisson exécute, sinon constamment, mais d'une façon fréquente, des *oscillations assez brusques de la tête vers la droite*, qui se répètent au rythme de vingt à trente par minute, pendant parfois un quart d'heure et plus, puis qui cessent et se reproduisent à intervalles plus ou moins variables sans cause appréciable. Les secousses disparaissent, non seulement pendant le sommeil, mais le plus souvent dans le

décubitus. Les mouvements s'exécutent dans un plan assez strictement horizontal.

Il existe en outre un *nystagmus transversal strictement localisé* à l'œil droit, avec phase initiale battant vers la droite, avec secousses peu amples, se répétant environ au rythme de 60 par minute. Ce nystagmus apparaît surtout quand le malade regarde, quand les yeux fixent un objet, droit devant eux : il ne s'accroît pas quand on fait regarder l'enfant dans les positions extrêmes au champ du regard.

Le plus souvent il y a concordance entre les périodes de spasmes céphalogyres et de *nystagmus*. Mais l'enfant a souvent du nystagmus sans oscillations de la tête. L'inverse est beaucoup plus rare.

L'examen des yeux (Dr SEDAN) ne montre aucune parésie oculaire, aucune lésion du fond d'œil. Il ne semble pas qu'il y ait de troubles grossiers de la vision de l'œil droit. Il est impossible de savoir s'il y a ou non de l'hémianopsie, mais celle-ci paraît peu vraisemblable. Les pupilles sont égales, régulières et contractiles.

La musculature de la face et du cou est normale.

L'audition est bonne des deux côtés. L'injection des oreilles avec 40 cc. d'eau à 25° ne provoque aucun nystagmus de l'œil gauche et ne modifie en rien celui de l'œil droit (Dr. CARREGA).

La sensibilité du trijumeau est égale des deux côtés.

La région parotidienne est toujours le siège d'une légère enflure et il s'écoule un léger suintement par la fistule, qui ne s'est pas tarie complètement.

L'examen complet du système nerveux, autant qu'on peut l'explorer chez un nourrisson, ne montre aucune lésion des voies pyramidale et cérébelleuse. Il n'y a pas de signes d'hyperexcitabilité mécanique des muscles ni des nerfs : pas de signes de CHVOSTEK ni de TROUSSEAU.

Le développement général de l'enfant est normal, la fontanelle bregmatique est en train de s'oblitérer.

D'après la mère les secousses céphalogyres et oculaires, qui étaient presque constantes au début, vont en s'atténuant de plus en plus, comme nous avons pu d'ailleurs l'observer depuis que nous suivons ce jeune malade.

Il s'agit là d'une association de spasmus nutans et de nystagmus monoculaire droit. Les secousses sont également orientées vers la droite, mais ne sont pas synchrones, quoiqu'elles se produisent dans les mêmes périodes. Ce syndrome s'est installé chez un nourrisson atteint d'ostéomyélite de l'angle de la mâchoire droite, après une otite suppurée droite discrète.

C'est du côté de cette ostéomyélite du maxillaire inférieur et du côté de l'otite que se dirigent les secousses oculaires et céphaliques. C'est donc bien là que nous pourrions situer l'épine irritative susceptible d'atteindre les voies sympathiques intra-cérébrales.

Il y a lieu de remarquer en outre chez ce malade l'inexcitabilité labyrinthique au courant d'eau chaude,

qui serait en faveur d'un élément labyrinthique dans la genèse du syndrome.

Nous voudrions maintenant rapporter notre observation personnelle :

D..., Colette : Il s'agit d'une belle fillette de deux ans et 3 mois, bien constituée, de bonne constitution.

A l'époque où nous la voyons, les restrictions alimentaires ne se font pas sentir dans le milieu paysan dans lequel elle est élevée. Son régime alimentaire, sans être scientifique, ni peut-être rigoureusement équilibré, est celui de la ferme, sain et abondant. L'enfant consomme beaucoup de laitages, et mange comme sa sœur plus âgée qu'elle de onze mois.

Dans ses antécédents on ne relève rien de digne d'être noté. Elle n'a pas présenté de diarrhées infantiles, n'a pas souffert des infections classiques (rougeole, etc.). Elle est née à terme « facilement ». La mère, robuste paysanne de 33 ans est saine et accepte de se faire examiner au point de vue de la syphilis. Le père accepte également. Il s'agit d'un homme de 42 ans, ayant fait les deux guerres, et qui a dû à l'Armistice de n'avoir pas été fait prisonnier. Nous souvenant des paroles du Professeur MILIAN : « Il y a eu pendant toutes les guerres une surcontamination syphilitique intense, et le nombre des syphilis insoupçonnées est considérable », nous prêtons une attention particulière à la recherche de cette infection. Le sang des parents, comme celui de la fillette se sont montrés négatifs.

Depuis deux mois, la fillette « salue tout le temps et à toute vitesse ». En effet, elle présente une série de hochements de tête, se reproduisant au rythme d'environ quarante par minute, d'une amplitude plus grande que la simple secousse décrite par la plupart des auteurs dans le spasmus nutans : elle salue comme si la tête était désarticulée d'avant en arrière. C'est bien là le Tic de Salaam.

En même temps que le tic, on constate un nystagmus monoculaire droit, dont les battements se font en sens inverse du mouvement de salutation fait par la tête. Il existe donc en plus du nystagmus décrit dans le spasmus nutans, une dissociation des regards dans la verticalité, donnant au visage de la fillette un aspect extraordinaire. En effet, au moment où sa tête s'abaisse rapidement, la paupière gauche reste immobile au centre de l'œil, alors que la pupille droite s'élève rapidement jusqu'à disparaître sous la paupière supérieure. Quand la tête remonte, la pupille gauche reste toujours immobile au centre de l'œil, et la pupille droite s'abaisse rapidement jusqu'à disparaître sous la paupière inférieure.

Les parents nous signalent que, durant le sommeil, les secousses ne se produisent jamais, mais que ce sommeil est long à venir car l'enfant étant couchée continue cette série de saluts, ce qui l'empêche de se tenir en décubitus dorsal, et elle couche, d'elle même, en chien de fusil.

Les crises se reproduisent avec un rythme déconcertant : une série de battements, toujours de même

amplitude, du commencement de la crise jusqu'à la fin dure environ vingt minutes. Puis il y a un arrêt de dix minutes, après quoi une nouvelle crise se produit.

Le nystagmus monoculaire vertical est rigoureusement synchrone au spasme de la tête. Quand, pendant ces crises, on demande à l'enfant de fixer un objet placé en dehors du champ oculaire direct, seul l'œil gauche obéit, installant un strabisme convergent ou divergent suivant l'emplacement de l'objet qui lui est désigné.

Dans l'intervalle des crises, les deux yeux conservent leur parallélisme, qu'il s'agisse d'élévation ou d'abaissement du regard, d'orientation vers la droite ou vers la gauche.

Il ne se produit pas de nystagmus sans spasme nuant. Il ne se produit inversement pas de spasme nuant sans nystagmus.

Nous avons eu la bonne fortune de pouvoir faire examiner cette enfant à quelques jours de là par un ophtalmologiste voisin (Dr. SAILLAN). L'apparition des divers strabismes constatés au cours des crises posait un problème curieux : mais aucune parésie oculaire n'a pu être mise en évidence, pas d'hémianopsie, pas de lésion du fond de l'œil, ni d'anomalie pupillaire.

Nous avons procédé à l'étude des fonctions labyrinthiques par le procédé de l'injection d'eau chaude. Nous n'avons pas pu provoquer de nystagmus de l'œil gauche. De même que dans le cas du professeur

ROGER nous n'avons pu amener aucune modification du nystagmus de l'œil droit.

Nous avons recherché par un examen neurologique aussi complet que possible si nous pouvions mettre en évidence des signes de la série cérébelleuse ou pyramidale, sans que rien ne puisse nous faire croire à leur existence (Dr. BONNET). La marche est normale pour une enfant de cette âge, sans vacillement, sans titubation. Elle est rigoureusement impossible au moment des crises, par suite de la dissociation entre l'œil droit immobile ou obéissant aux mouvements volontaires, et l'œil gauche en plein nystagmus vertical. L'enfant alors tombe, ou s'accroche à un meuble, au tablier de sa mère, pour ne pas tomber.

Pas de malformations crâniennes. La fontanelle est fermée. Pas de déformations des membres. Pas de signes de rachitisme. L'abdomen est ferme, et non globuleux comme chez beaucoup d'enfants des campagnes.

L'intelligence semble normale. L'enfant parle un peu, mais aurait présenté un peu de retard de la parole, par rapport à sa sœur aînée.

Divers examens auxquels nous avons procédé ne nous permirent pas de mettre en évidence chez cette enfant l'épine irritative que nous recherchions. Une radiographie du crâne, une série de radiographies dentaires n'ont pas apporté plus de lumière sur ce point.

Les circonstances nous font perdre de vue cette

petite malade, après que nous l'avions traitée pendant deux mois au gardénal, sans aucun résultat.

Quatre mois plus tard, nous la revoyons. Les secousses qui avaient été en s'atténuant en fréquence et en amplitude à partir de la troisième semaine qui avait suivi la cessation du traitement gardénalique, soit quatre mois et trois semaines après le début de la maladie ont pratiquement disparu. On n'assiste plus qu'à une ou deux crises par jour, surtout quand on laisse l'enfant fixer un objet longuement, ou se regarder dans un miroir. Nous réussissons nous-même à provoquer une crise en lui mettant en mains une glace de poche et en lui demandant de bien se regarder dedans.

Les secousses sont devenues fines, le nystagmus presque imperceptible. La crise ne dure que deux minutes, au maximum. L'enfant est gaie, joyeuse, en bonne santé. Elle babille gentiment et est très confiante avec nous.

A l'heure actuelle, les crises ont complètement disparu. La dernière a été enregistrée cinq mois et onze jours après le début de la maladie. Depuis ce moment, soit huit mois, il n'y a plus rien eu à signaler dans l'état de cet enfant dont le développement se poursuit normalement.

Nous croyons que l'intérêt de cette observation réside dans la dissociation totale existant, non seulement dans les mouvements de verticalité des deux yeux, due au nystagmus monoculaire, mais à la dissociation dans les mouvements de latéralité.

En effet, alors que l'œil qu'atteint le nystagmus semble parésié au moment de la crise, dans ses mouvements de latéralité, l'œil indemne obéit aux provocations volontaires de mouvements latéraux.

Nous avons recherché dans la littérature si des cas semblables avaient été signalés sans en rencontrer.

Nous ne pouvons que rappeler ici les curiosités des nystagmus monoculaires qui ont été rapportées par divers auteurs :

On a constaté des nystagmus monoculaires, alternant, frappant l'œil droit dans le regard en face, nystagmus horizontal vers la droite, et l'œil gauche, dans le regard vers la gauche, nystagmus battant vers la gauche. Il s'agit d'une observation de MARINESCO, dans laquelle l'auteur fait observer que les globes oculaires ne peuvent pas dépasser la ligne médiane. Il paraissait dans ce cas y avoir une paralysie des deux droits internes qui empêchait la bilatéralisation du nystagmus. L'épreuve rotatoire donnait alors un nystagmus, tantôt à droite, tantôt à gauche, suivant le sens de la rotation.

On a constaté des cas de nystagmus monoculaire associé avec du strabisme divergent. Mais nous avons vu que dans notre observation les mouvements volontaires du globe indemne faisaient naître soit un strabisme divergent, soit un strabisme convergent, soit un strabisme vertical vers le haut, soit un strabisme vertical vers le bas, suivant les positions données à l'œil indemne par rapport à l'œil battant.

Nous ne voyons pas d'explication satisfaisante à

offrir à un tel phénomène, en l'absence d'une parésie des oculo-moteurs que rien ne peut faire suspecter, la synchronisation des mouvements de latéralité et de verticalité de deux globes reparaissant dès que la série des secousses du nystagmus était achevée. D'ailleurs, depuis la disparition du spasmus nutans, notre petite malade n'offre aucun trouble de ce genre, la guérison semble définitivement acquise, sans que des séquelles de quelque ordre que ce soit aient pu être décelées.

SPASME NUTANT ET TIC DE SALAAM

Un certain nombre d'auteurs a tenté de rapprocher le spasme nutant du tic de Salaam, fréquemment rencontré chez des enfants à hérédité névropathique. Nous croyons nécessaire de rappeler ici les conceptions acquises sur ce tic de salutation.

Ainsi que l'a fait observer PLUMIER CLERMONT lors de la présentation de son cas de spasmus nutans à la Société Clinique des hôpitaux de Bruxelles, le Tic de Salaam offre tous les caractères du tic vrai, contrairement au spasme nutant.

Il présente, en effet, les divers attributs ci-après :

1°) Il est déterminé par la mise en jeu de plusieurs muscles synergiques. Or, le nystagmus monoculaire et la tendance aux strabismes divers enregistrés dans les cas de spasmus nutans accompagnés de cette forme de nystagmus, mettent en jeu des muscles oculaires antagonistes.

2°) Il est sujet à de grandes variations : il peut être de plus ou moins grande amplitude, plus ou moins vif, allant du hochement bref, spasmodique, au balancement rythmé, chez le même sujet et suivant les moments.

3°) La durée des accès est variable chez le même sujet, ainsi que le nombre de ces accès au cours de jours successifs.

4°) L'apparition des accès peut être retardée ou empêchée par l'attention ou la volonté du malade, ou par la mise en jeu de stratagèmes antagonistes susceptibles, d'ailleurs, de devenir à leur tour des tics surajoutés.

5°) Il coexiste avec un état mental particulier, la sorte d'infantilisme propre aux tiqueurs tel que l'a décrit BRISSAUD, état mental dû au terrain névropathique sur lequel se sont développés les tics.

Les seuls caractères communs au tic de Salaam et au spasmus nutans semblent être le fait que ces deux affections disparaissent pendant le sommeil, et qu'elles ne sont accompagnées d'aucun trouble coexistant de la sensibilité, de la réflectivité, ni de la vasomotricité. Toutefois, chez de nombreux tiqueurs, on trouve des troubles vaso-moteurs associés. Mais ils sont alors dus exclusivement à l'émotivité de ces sujets.

On retrouve presque toujours dans l'hérédité des enfants tiqueurs ou stéréotypeurs les éléments qui permettent d'affirmer l'existence d'un terrain névropathique ou d'une dégénérescence, alors que dans les cas que nous avons pu relever du Spasmus nutans, ces éléments sont exceptionnels. PLAGNIOL, pensant à l'hérédité syphilitique, hésite à attribuer à l'affection une telle étiologie en l'absence de preuves possibles.

Cependant, DELCOURT cite l'intoxication luétique,

NAUWELAERS fait observer que dans le cas de FONTEYNE il existe une imprégnation éthylique des géniteurs. Mais nous le répétons, il s'agit là de l'exception, ainsi que nous l'avons fait observer en étudiant la pathogénie du syndrome, alors que dans le tic de Salaam, cette hérédité pathologique est la règle.

Enfin, nous devons insister sur le fait que le spasmus nutans peut ne pas s'accompagner de nystagmus, que celui-ci peut être simplement latent. Il existe des méthodes d'examen oculaire qui pourraient mettre en évidence ce nystagmus latent. Il ne semble pas, toutefois, que dans les cas de spasmus nutans sans nystagmus, de telles méthodes aient été utilisées.

Par contre, le tic de Salaam ne s'accompagne pas de nystagmus, sauf un cas de VERGER qui a mentionné alors qu'il s'agissait du nystagmus *volontaire hystérique*, dont BRISSAUD a donné autrefois une description, et que l'on trouve mentionné, bien que fort rare, dans les Traités d'Ophtalmologie.

Le nystagmus monoculaire isolé peut être considéré, d'après ROGER, comme le signe fruste du spasmus nutans. Par contre, on ne peut en rien le considérer comme faisant partie des éléments symptomatiques d'un tic, alors qu'éventuellement le nystagmus bilatéral pourrait être considéré comme volontaire.

Nous croyons donc justifié de différencier nettement le spasmus nutans du Tic de Salaam, celui-ci obéissant dans les lois de la guérison, à toutes les

méthodes habituellement mises en œuvre dans le traitement des affections névropathiques.

Un tic de Salaam peut, d'ailleurs, faire place à un autre tic, supplétif, et fort différent. Le spasmus nutans disparaît sans laisser de traces, sauf quand une lésion durable le rend chronique avec tendance à l'aggravation.

CONCLUSIONS

1) A côté des tics, des mauvaises habitudes des enfants, on a observé un spasme curieux, qui se rapproche du Tic de Salaam et qui se compose d'un spasme de salutation ou de négation, et d'un nystagmus horizontal ou vertical, que l'on a nommé « spasmus nutans » avec ou sans nystagmus.

2) Nous avons rapporté un cas exceptionnel de spasmus nutans accompagné de nystagmus vertical monolatéral, le spasme étant lui-même à forme de tic de Salaam.

3) Le caractère intéressant de ce spasme était la dissociation des mouvements de latéralité du regard, l'œil spasmé n'obéissant pas aux mouvements volontaires, alors que l'œil indemne leur obéissait.

4) La résultante de cette dissociation était une variété discontinue de strabismes, suivant les mouvements volontaires de l'œil indemne : strabisme vertical droit ou gauche, strabisme horizontal divergent ou convergent.

5) Tout est rentré dans l'ordre en un délai très bref, ce qui laisse à penser qu'il ne s'agit pas d'une lésion encéphalitique sérieuse, mais d'une atteinte légère des voies labyrinthiques intracérébrales.

6) Au point de vue étio-pathogénique, il faut penser à un processus irritatif des voies labyrinthiques intracérébrales présidant à la fois aux mouvements de la tête (Spasmus nutans) et du regard (Nystagmus).

7) Il serait intéressant dans des cas similaires, de rechercher l'épine irritative ou de savoir quelle part l'excitabilité labyrinthique peut prendre dans la genèse du processus.

Vu : le Doyen de la Faculté,
BAUDOUIN.

Vu : le Président de thèse,
LAIGNEL-LAVASTINE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris
Gilbert GIDEL

BIBLIOGRAPHIE

- ASAL (B) et MORO (E.). — Ueber böartige Nickkrämpfe im frühen Kindesalter. *Jahrb. f. Kinderh.* 1924, LVII, 1-17.
- BABONNEIX (L.). — Sur un cas de spasme nutant. *Bull. Soc. Pédiat.*, Paris, 1909, XI, 509-511.
- BOOTH (E. M.). — Spasmus nutans. *Irish. J. M. Sc.* 43-45, janv. 1935.
- BROCKMEYER (G.). — Über das Dunkelzittern kleiner Kinder. *Ztschr. f. Augenh.* 85 : 121-132, janv. 1935.
- COMBY (J.). — Le spasme nutant chez les enfants. *Arch. de Méd. d. enfants*, 1920, XXIII, 303-310.
- COX (R. A.). — Congenital head-nodding and nystagmus. *Arch. Ophth.* 15 : 1032-1036, juin 1936.
- CRONIN (J. M.). — Spasmus nutans. *Northwest méd.* 38 : 286-289, août 1939.
- FISCHER (J.). — Zwei Fälle von Spasmus nutans. *Monatschr. f. Ohrenh.* 1923, LVII, 196.
- FISCHER (J.). — Zur Aetiologie und Klinik des « Spasmus nutans ». *Monatschr. f. Ohrenh.* 1923, LVII, 571-582.

- Fonteyne (P.). — Spasme nutant chez un nourrisson spasmophile. *Soc. clin. hôp. de Bruxelles*, 12 mars 1927. *Scalpel*, 21 août 1926 et *Pédiatrie*, septembre 1926.
- Fornara (P.). — Su due forme de tremore della prima infanzia : tremore cerebrale acuto e spasmus nutans. *Clin. ed. ig. infant.* 3 : 625-644, sept. 1928.
- Gordon (M. B.). — Spasmus nutans. *N. York M. J.*, 1916, civ, 453.
- Granval (J. X. L.). — Le spasme nutant. *Thèse de Bordeaux*, 1906.
- Holm (E.). — Spasmus nutans, convulsions de Salaam. *Acta ophth.* 6 : 269-271, 1928.
- Jacquet (L.). — Le tic de Salaam. *Thèse de Paris*, 1903.
- Klessens (J. J. H. M.). — Salaam. *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk.* 81 : 4566-4570, 25 septembre 1937.
- Knener (H.). — Ein Beitrag zur Frage der Salaamkrämpfe. *Monatschr. f. Kinderh.* 1925, XXX, 428-433.
- Malan (A.). — Spasmus nutans. *Ann. di Laring. Otol.* 33 : 149-154, 1933.
- Moeller (U.). — Differentialdiagnostische Abgrenzung der kindlichen Epilepsie gegen Pyknolepsie und Salaamkrämpfe. *Jahrb. f. Kinderh.* 146 : 240-252, 1936.
- Osterberg (G.). — Spasme de Salaam. *Ugesk. f. Laeger* 99 : 806-809, 29-7-37. *Acta Ophth.* 15 : 457-467, 1937.
- Plagniol. — Note sur un cas de spasme nutant pseudo-intentionnel. Considérations étiologiques. Rôle pos-

- sible de l'hérédité syphilitique. *Le Médecin Français*, n° 23, 5 décembre 1932.
- PLUMIER-CLERMONT. — Un cas de spasme nutant ou rythmie symptomatique du nourrisson. *La Pathologie Infantile*, mars 1925.
- RAUDNITZ (R. W.). — Kritisches zur Lehre von Spasmus nutans. *Sahrb. f. Kinderh.* 1918, LXXXVII, 15-46.
- REUBEN (M. S.). — Pallidal amentia. *Arch. Pédiat.* 52 : 12-43, janv. 1935.
- ROGER (H.), SEDAN (J.) et CARREGA (N.). — Nystagmus monoculaire et spasmus nutans homolatéral chez un nourrisson. *Revue d'Oto-Neuro-Ophth.* 12 : 576-581, sept.-oct. 1934.
- SCHACHTER (M.). — Spasmus nutans. *J. Belge de Neurol. et Psychiät.* 35 : 281-286, mai 1935.
- SCHACHTER (Nancy M.). — Spasme nutans chez l'enfant et chez l'adulte. *Pédiatrie Pratique*, n° 6, 15 juin 1938, p. 99, *Rassegna internaz. di clin. e terap.* 19 : 401-404, 15-4-38.
- VAS (J.). — Erklärung der Entstehungsweise des Spasmus nutans beim Kinder. *Jahrb. f. Kinderh.* 1915, LXXXII, 123-128.
- ZAMBRANO (E.). — Sull'amenza pallidale. *Pédiatrie* 43 : 454-460, avril 1935.
- ZAPPERT (J.). — Zur Lehre vom Spasmus nutans. *Med. Klin.* 1924, XX, 335-337.

